FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY

1919-1920 2e Série. N° 120

DE L'IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE PRÉCOCE DE LA SYPHILIS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 21 Avril 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

NADAL, PAUL-ANDRÉ-PIERRE

Né le 29 Mai 1893, à Aixe-sur-Vienne (Haute-Vienne)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. SPILLMANN, professeur. *Président.*

ETIENNE, professeur.. *Juges.*

PERRIN, agrégé ..... *Juges.*

THIRY, agrégé..... *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1919-1920 — 2e Série. — N° 120

DE L'IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE PRÉCOCE DE LA SYPHILIS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 21 Avril 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

NADAL, PAUL-ANDRÉ-PIERRE

Né le 29 Mai 1893, à Aixe-sur-Vienne (Haute-Vienne)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. SPILLMANN, professeur. — *Président.*

ETIENNE, professeur.. — *Juges.*

PERRIN, agrégé ..... — *Juges.*

THIRY, agrégé..... — *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

DOYEN : M. E. Meyer, ✻, I ⁂.
Assesseur : M. Weiss, O ✻, I ⁂.
Doyen honoraire : M. F. Gross, O ✻, I ⁂.
Professeurs honoraires : MM. Beaunis, O ✻, I ⁂ ; Nicolas, I ⁂ ; Prenant, ✻, I ⁂ ; F. Gross, O ✻, I ⁂ ; Chrétien, I ⁂ ; Herrgott, ✻, I ⁂.

Professeurs

Clinique chirurgicale	M. Weiss, ✻, I ⁂.
Chimie médicale et toxicologie	M. Garnier, I ⁂.
Hygiène	M. Macé, I ⁂.
Physiologie	M. E. Meyer, ✻, I ⁂.
Clinique médicale	M. Simon, I ⁂.
Histoire naturelle médicale	M. Vuillemin, I ⁂.
Clinique ophtalmologique	M. Rohmer, I ⁂.
Médecine légale	M. P. Parisot, ✻, I ⁂.
Clinique des maladies des enfants	M. Haushalter, ✻, I ⁂.
Anatomie pathologique	M. Hoche, ✻, I ⁂.
Clinique médicale	M. Etienne, I ⁂.
Clinique chirurgicale	M. Vautrin, ✻, I ⁂.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. Spillmann, ✻, I ⁂.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. Frœlich, ✻, I ⁂.
Physique médicale	M. Lambert, I ⁂.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. Fruhinsholz, ✻, I ⁂.
Histologie	M. Collin, I ⁂.
Anatomie descriptive	M. Lucien, ✻, I ⁂.

Professeurs-Adjoints

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. Jacques, ✻, I ⁂.
Clinique des voies urinaires	M. André, ✻, I ⁂.

Chargés de cours complémentaires

Médecine opératoire	M. Michel, I ⁂, agrégé.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	M. Michel, I ⁂, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. Paris, ⁂.
Clinique des maladies des vieillards	M. Richon, ✻, I ⁂, agrégé.
Pathologie interne	M. Richon, ✻, I ⁂, agrégé.
Accouchements	M. N...
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. Perrin, I ⁂, agrégé.
Theurapeutique	M. Perrin, I ⁂, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J. Parisot, ✻, I ⁂, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. Parisot, ✻, I ⁂, agrégé.
Pathologie externe	M. Binet, I ⁂, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1)	M. N.
Clinique d'électrothérapie	M. N.

Agrégés en exercice

M. Michel, I ⁂.
M. Richon, ✻, I ⁂.
M. G. Gross, ✻, I ⁂.
M. Robert, I ⁂.
M. Busquet, I ⁂.
M. Binet, I ⁂.
M. Perrin, I ⁂.
M. Thiry, ✻, I ⁂.
M. Fairise, A ⁂.
M. J. Parisot, ✻, I ⁂.

Agrégés libres

MM. Remy, A ⁂, Février, G O ✻, I ⁂.

M. H. Coiffard, I ⁂, Secrétaire
M. Lambert des Cilleuls, ✻ ⚷, I ⁂, Secrétaire honoraire.

---

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON ONCLE ET A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. SPILLMANN

PROFESSEUR DE CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

ET SYPHYLIGRAPHIQUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous a inspiré cette thèse et a bien voulu en accepter la présidence.

En témoignage de gratitude et de profonde reconnaissance.

Introduction

Dans un travail, publié par la *Presse Médicale* du 1er octobre 1919, MM. L. Fournier, médecin de l'hôpital Cochin, et L. Guénot, assistant de vénéréologie de ce même hôpital relatent le cas d'un médecin de Manchester, M. Magian, qui s'inocula la syphilis et, s'étant fait faire presque aussitôt une injection intra veineuse d'arsénobenzol, resta indemne.

Bien que cet exemple, renouvelé de celui de Patrick Manson pour le paludisme, semble poser d'une façon troublante, le problème de l'abortion de la syphilis, nous faisons des réserves au sujet de la méthode préconisée par MM. L. Fournier et L. Guénot. Nous nous proposons d'en exposer les raisons au cours de ce travail.

Dans l'immense majorité des cas on est obligé d'attendre la preuve d'une contamination, c'est-à-dire l'apparition de la lésion primitive. Dès l'apparition de cet accident, la syphilis doit être traitée d'une façon intensive, et dès ses tous premiers symptômes. Aussi attachons-nous une importance capitale à son diagnostic précoce.

En effet, étant donné qu'à l'heure actuelle nous possédons, pour lutter contre la syphilis, des agents thérapeutiques d'une efficacité remarquable, il sem-

ble bien que l'on doive s'attacher à l'attaquer le plutôt qu'elle aura pu être décelée. C'est le seul moyen d'enrayer, surtout au début, cette infection qui à son origine, tout au moins dans les tous premiers jours de l'éclosion du chancre, n'est qu'une affection locale, bénigne le plus souvent. Mais elle tend rapidement à devenir une maladie générale éminemment redoutable, non seulement pour le malade, mais pour sa descendance et pour son prochain qu'il peut contaminer de mille manières.

C'est pourquoi, en ce moment, où la syphilis est si répandue, dans toutes les classes et les milieux de la société, il nous a paru intéressant de nous efforcer d'exposer, avec nos faibles moyens, l'intérêt qu'il y aurait à se servir du microscope. Cet instrument, ainsi que nous le montrerons, permet souvent de dépister cette maladie à son stade initial où dans de nombreux cas elle peut prêter à confusion. Il nous a paru également utile d'essayer d'exposer l'utilité pratique que peut offrir au médecin ce mode d'investigation.

CHAPITRE I

De l'importance du diagnostic précoce de la syphilis

Depuis longtemps l'idée de traiter la syphilis au début comme une maladie purement locale, était établie chez les médecins. Déjà, vers 1514, Jean de Vigo écrivait : « Qu'il fallait se hâter de détruire les boutons ulcérés qui se produisent habituellement à la verge, par suite de la contagion et de les détruire par quelque remède violent, capable de les tuer sur place, d'en éteindre la malignité et d'enrayer la diffusion imminente de leur venin dans toutes les parties de l'organisme ». Cette méthode de traitement de la syphilis au début, se retrouve fort en honneur vers la fin du siècle dernier où il était admis, comme d'une bonne pratique, d'exciser le chancre porteur du virus et source de tout le mal.

Les résultats, fournis par les statistiques, sont des plus mauvais en ce qui concerne le développement ultérieur de la maladie traitée par ce seul procédé ;

quand bien même il aurait été institué le premier jour de l'apparition du chancre.

Déjà proscrite par P. Spillmann, cette méthode est aussi formellement condamnée par A. Fournier en tant que traitement unique. Cependant, comme il pense que la syphilis est au début une maladie localisée à un faible territoire de l'organisme, il ne conseille pas moins l'excision du chancre, à la condition de pratiquer en même temps un traitement mercuriel énergique qui a l'avantage de ne laisser surgir qu'une éclosion secondaire très atténuée et de préserver dans le plus grand nombre des cas des accidents tertiaires. En effet, A. Fournier estimait qu'il était bon de traiter la maladie dès l'apparition de son accident primaire et qu'un traitement longtemps soutenu avait les plus grandes chances de préserver les malades des accidents du tertiarisme, ainsi que des désastres de la période quaternaire.

Depuis que la séro-réaction de Bordet-Wassermann est venue apporter un élément considérable d'appréciation dans la recherche d'une syphilis latente, ou lorsqu'elle revêt des formes cliniques pouvant prêter à confusion, depuis aussi que l'introduction dans la thérapeutique des arsénobenzols a permis d'obtenir des résultats curatifs plus rapides, les auteurs diffèrent d'opinion en ce qui concerne le mode de traitement ainsi que sa prolongation; mais ils n'en sont pas moins à peu près unanimement d'accord pour proclamer la nécessité d'un traitement précoce et intensif de la syphilis.

M. Leredde estime que le traitement mercuriel fait

sous ses formes banales, pendant quatre ans, suivant la formule de A. Fournier, ne détermine dans la très grande majorité des cas, qu'une atténuation incomplète et en général passagère de l'infection, et que ceux dont l'infection est atténuée s'expliquent par l'évolution naturelle de la maladie.

Il cite les cas de 61 malades vus par lui, en 1913, au dispensaire de syphiligraphie du XV^e^ arrondissement, à Paris, et revus en 1918. Sur ces 65 malades, 55 présentaient une séro-réaction positive et nombre d'entre eux avaient des signes plus ou moins graves de syphilis en évolution, tels que tabès, épilepsie jacksonienne, hémiplégie, syphilis cérébrale et médullaire sous toutes ses formes. Beaucoup atteints de date récente, portaient des syphilides secondaires érosives. 6 malades seulement présentaient une séro réaction négative ; mais la plupart avaient néanmoins des manifestations de syphilis grave (épilepsie jacksonienne, syphilis cérébrale, céphalée rebelle). Dans un seul cas la disparition de la séro-réaction révélait un état de stérilisation au moins relative. Il s'agissait d'un homme atteint en juillet 1917 et qui avait reçu un traitement arsenical intensif dès la période du chancre.

M. Leredde explique les cas de syphilis grave par l'insuffisance du traitement mercuriel chez les malades de date ancienne et à une thérapeutique mal soutenue pour ceux dont la maladie était postérieure à la découverte de l'arsénobenzol et avaient été traitée avec l'aide de cet agent médicamenteux.

M. G. Milian fait le plus grand éloge de l'arséno-

benzol qu'il estime être un cicatrisant remarquablement rapide, constituant pour cette raison un agent incomparable de prophylaxie de la maladie. Il pense, en outre, que c'est un agent curateur jusqu'à présent inégalé et, sans le donner comme un stérilisateur certain, il affirme que le nombre d'observations authentiques de réinfection est devenu considérable depuis son emploi ; enfin qu'il guérit des accidents qui résistent au mercure.

Il est certain que le traitement intensif de la syphilis au moyen des arsénobenzols, surtout lors de ses premières manifestations, est une excellente méthode et la plupart des syphiligraphes l'emploient actuellement, hormis, bien entendu, les cas qui présentent une contre-indication formelle à son application. Cependant, à notre avis, il convient de faire quelques réserves au sujet d'une méthode qui consisterait à n'utiliser que les préparations arsenicales, à l'exclusion de tout autre agent thérapeuthique.

En effet, s'il est avéré que l'arsénobenzol guérit des accidents qui résistent au mercure, il n'en est pas moins vrai qu'inversement il est demeuré impuissant envers certaines manifestations que le mercure suffisait à faire disparaître. De plus, sans nier la valeur des assertions fournies par M. Milian, on doit, à notre avis, se montrer très prudent dans l'affirmation d'une réinfection syphilitique et s'entourer de toutes les précautions nécessaires, afin de pouvoir affirmer que la lésion n'est pas une lésion chancriforme, présentant les caractères histologiques d'un accident tertiaire.

Les arsénobenzols n'en restent pas moins un excellent moyen de traitement d'assaut, chaque fois qu'il s'agit de frapper vite et fort. Avec leur emploi on est en droit de s'attendre dans la très grande majorité des cas, à une jugulation des accidents en évolution beaucoup plus prompte qu'avec le mercure seul ; mais néanmoins il nous paraît sage, après une ou plusieurs cures arsenicales, d'entreprendre chez le malade un traitement mercuriel dit d'entretien afin de maintenir chez lui l'arrêt de l'infection, peut-être même de parachever une stérilisation possible, en tout cas d'obtenir que la syphilis demeure latente et de réduire au minimum les risques d'accidents.

Nous n'avons pas, du reste, à comparer ici, l'action de l'arsenic et celle du mercure dans le traitement de fond de la syphilis.

Il nous semble capital d'instituer une thérapeutique rapidement curative au moment le plus favorable de l'évolution de la maladie ; c'est-à-dire dans les tous premiers jours du chancre, époque où la syphilis n'est pas encore généralisée et non devenue septicémie. On a alors l'espoir très justifié de l'enrayer dans son évolution, peut-être même d'obtenir une stérilisation.

En effet, le malade traité dans de semblables conditions et ayant au moment de l'action thérapeutique une séro-réaction négative, a les plus grandes chances non seulement d'éviter les accidents secondaires mais encore ceux du tertiarisme. Il en découle donc que l'on peut abréger chez lui les délais du mariage, qu'il est possible de réduire à deux ans après l'appa-

rition du chancre si, durant cette période, il a poursuivi un traitement d'entretien, s'il n'a présenté aucun accident syphilitique de quelque nature que ce soit et enfin s'il a eu constamment une séro-réaction de Bordet-Wassermann négative.

L'importance du traitement précoce n'en est pas moins remarquable en ce qui concerne le point de vue prophylactique, c'est-à-dire le point de vue social. On sait que, si les manifestations tertiaires ne sont que fort peu contagieuses, il en est tout autrement du chancre et surtout des syphilides secondaires érosives qui par leur multiplicité, leurs sièges divers, l'abondance des tréponèmes virulents qu'elles renferment, constituent des sources de contamination éminemment redoutables, aussi le fait de cicatriser rapidement un chancre et d'empêcher l'éclosion d'une syphilis secondaire constitue-t-il déjà une œuvre prophylactique remarquable.

La thérapeutique la plus parfaite serait évidemment celle qui consisterait à prévenir toute manifestation syphilitique, c'est-à-dire qui pratiquerait son abortion, aussi les expériences de MM. L. Fournier et Guénot nous paraissent tout à fait dignes d'attirer notre attention vers ce problème et de nous inciter à appliquer leur méthode le cas échéant. Cependant il convient de dire qu'elle se heurte à de grandes difficultés pratiques, étant donné la profusion des cas de syphilis à l'heure actuelle. Il faudrait pouvoir, par une enquête approfondie, être assuré que l'inoculation est très à redouter pour un sujet qui craindrait les suites d'un contact suspect, sous peine d'en arri-

ver à pratiquer un nombre prodigieux d'injections intra veineuses arsenicales. De plus, il n'est pas avéré qu'un sujet qui a eu des rapports sexuels avec un syphilitique, fut-il en pleine période secondaire, porteur de lésions contagieuses, soit fatalement contaminé.

Il nous suffira, à ce propos, de citer un exemple typique tiré de la pratique de M. le professeur Spillmann et publié avec son autorisation.

Une femme se présente à sa consultation et lui confie, qu'après avoir passé la nuit précédente avec un sous-officier, elle avait appris qu'il venait d'entrer à l'hôpital militaire pour syphilis; affolée elle le supplie de lui donner un conseil.

Après avoir fait une enquête qui justifia les dires de cette femme, M. Spillmann examina le sous-officier et constata chez lui la présence de 25 à 30 syphilides secondaires érosives sur le gland, le fourreau et le scrotum. Il s'abstint cependant de tout traitement chez sa cliente et se borna à l'expectative, après qu'un interrogatoire minutieux contenant les antécédents et les commémoratifs, qu'un examen et une séro-réaction de Bordet-Wassermann négatifs eurent permis d'éliminer la possibilité d'une syphilis antérieure.

Or, cette femme mise en observation et vue fréquemment ne présenta jamais le moindre signe de syphilis. Trois mois après elle avait un Wassermann négatif.

Il découle de ce que nous venons d'exposer que, tant au point de vue du malade lui-même qu'au point de vue social, il est de première importance de faire le diagnostic de la syphilis précocement, autant

que possible dans les premiers jours de l'apparition du chancre. Rien ne doit donc être négligé pour la dépister à cette période où les signes cliniques de la maladie sont réduits au minimum et où la réaction de Bordet-Wassermann ne peut rien nous apprendre.

Nous nous proposons donc dans le chapitre suivant, d'exposer quels sont, à notre sens, les moyens les plus rationnels en même temps que les plus pratiques pour arriver à ce résultat.

CHAPITRE II

De l'avantage de l'examen bactériologique

On peut se demander tout d'abord s'il est aisé de reconnaître un chancre syphilitique à sa période de début ; pour notre part, nous sommes persuadés qu'il en est ainsi très fréquemment.

Le chancre se présente souvent avec ses caractères classiques, c'est-à-dire ceux d'une érosion plane, indolente et peu suintante, à surface rouge ou diphtéroïde, à fond lisse, à bords peu marqués, surmontant une induration des tissus nettement sous-jacente à l'érosion. De plus, cette lésion est accompagnée d'une adénopathie siégeant dans les ganglions qui sont l'aboutissant de la région chancreuse et constituant en une pléiade de ganglions durs, indolents, aphlegmasiques, avec prédominance de l'un d'eux. Lorsqu'il en est ainsi et que tous ces signes se trouvent réunis l'accident primaire ne saurait échapper à un œil exercé et son diagnostic s'impose.

Mais il est loin d'en être de même dans tous les cas. Plus la lésion est récente et plus son diagnostic est difficile. A cette époque de l'infection, l'induration est parfois peu marquée ; les ganglions sont absents. Dans les premiers jours de l'infection les signes classiques objectifs n'ont rien de très caractéristique. Lorsque le chancre date de 15 à 20 jours il est possible de le confondre avec beaucoup de lésions qui parfois coexistent avec lui. Aussi les causes d'erreur sont-elles très nombreuses et nous allons énumérer celles qui sont le plus fréquentes.

Il importe, tout d'abord, de faire remarquer que, contrairement à une idée établie depuis longtemps, l'accident primaire de la syphilis peut se présenter sous forme de chancres multiples, simple résultat d'une inoculation simultanée, par un sujet porteur de plusieurs foyers de contamination, alors qu'il existait chez le malade infecté, diverses portes d'entrée. Le nombre de ces cas est si fréquent que le caractère de pluralité ne saurait influer en rien sur la non probabilité d'une syphilis.

Il arrive souvent qu'un individu se trouve porteur en un même endroit d'une lésion qui est le résultat de deux infections, contractées ou simultanément ou bien parce que l'une préexistant a servi de voie d'accès à la seconde. L'examen bactériologique peut être d'un grand secours pour déterminer les différents germes qui coexistent et qu'il importe de déceler par tous les moyens, au besoin par une autoinoculation si l'on soupçonne le bacille de Ducrey.

Rien n'a assurément plus prêté à confusion, ni n'a

été autant la cause d'erreurs lamentables que le chancre mou. Malgré les caractères habituellement si différents de leur période d'état les cas douteux sont quotidiens, soit au début de leur évolution, soit plus tard. En effet, il arrive fréquemment que chancres mou et syphilitique coexistent et la lésion offre un caractère mixte ; de plus, elle est trop souvent modifiée par une thérapeutique intempestive et les déductions précieuses que l'on serait en droit de tirer de leurs périodes d'incubation, n'ont, dans le plus grand nombre des cas, aucune valeur, étant donné la multiplicité des contacts précédant l'apparition des lésions. Nous aurons l'occasion de citer des exemples typiques d'erreurs commises à ce sujet.

L'herpès lui aussi est responsable de bien des méprises, non l'herpès vésiculeux, miliaire, criblant le prépuce et le gland de petites érosions bien rondes et toutes superficielles ; mais l'herpès confluent, solitaire, persistant, souvent creusé et induré par une inflammation légère qu'accompagne une adénopathie et qu'implique un manque de nettoyage. De plus l'interrogatoire ne permet pas toujours de se rendre compte des débuts de l'affection.

Il en est de même d'autres lésions telles que la balanite érosive, des lésions banales traumatiques, des ulcérations blennorrhagiques dont le diagnostic est souvent fort complexe, soit parce qu'un processus inflammatoire en a détruit directement leurs caractères distinctifs ou a créé un phimosis sous lequel il est impossible de ne rien voir.

Il est encore une variété de chancre syphilitique

qui souvent évolue sans être reconnu, il s'agit des chancres nains, siégeant au niveau de la vulve chez la femme ou sur l'une des lèvres dans les deux sexes. Ces chancres de petites dimensions, quelquefois de la grosseur d'une lentille, simulent une érosion banale et l'adénopathie qui les accompagne est la plus importante de leur manifestation. Ils exigent souvent pour être reconnus cliniquement une grande habitude ; aussi dans ces cas, le microscope est-il appelé à trancher bien des hésitations, car, passant inaperçus, leur pronostic en ce qui concerne le développement ultérieur de la syphilis est le même que celui de leurs congénères.

Enfin, il nous suffira de citer pour mémoire les erreurs classiques de diagnostic fréquemment commises par la confusion d'un chancre extra génital et d'autres lésions telles qu'angine de Vincent, lésions tuberculeuses ou cancéreuses.

Il nous apparaît donc que, lorsqu'on se trouve en présence d'une lésion pouvant être confondue avec un chancre syphilitique et, en dehors des cas où offrant des caractères cliniques typiques, son diagnostic s'impose ; toutes les fois que l'on est en droit de soupçonner la syphilis primaire au début, alors que la séro-réaction de Bordet-Wassermann ne saurait rien nous apprendre, il y a intérêt :

1° A s'abstenir de tout traitement actif jusqu'à ce qu'une certitude se soit établie, c'est-à-dire ne mettre aucun topique sur le chancre, entre autre la fameuse pommade au calomel dont les résultats sont le plus souvent de modifier complètement la lésion, de dé-

truire les microorganismes existant à la surface et qui en se réfugiant dans la profondeur demeurent inaccessibles à une recherche microscopique.

2° A se hâter de pratiquer un examen bactériologique qui seul, dans de nombreux cas, établit la situation et dicte une règle de conduite précise.

Le *tréponème pâle de Schaudinn* agent spécifique de la syphilis, se trouve en abondance dans le chancre quand il n'a pas été détruit par des caustiques ou une suppuration superficielle. Il suffit, après avoir soigneusement détergé la surface chancreuse, de pratiquer sur la lésion des stries légères avec un scarificateur ou un vaccinostyle, de manière à faire sourdre un peu de sérosité. Cette sérosité contient le parasite et il convient de l'examiner soit à l'ultra microscope, soit sur lame au moyen des procédés colorés.

L'examen à l'ultra microscope est une des manières les plus précises et les plus rapides de déceler le tréponème et on ne saurait trop le recommander. Mais il a l'inconvénient d'exiger un appareillage spécial et une expérience bactériologique que l'on ne saurait demander à chaque praticien. Il est préférable, si un laboratoire se trouve à portée du médecin, d'y diriger son client ou d'y faire parvenir de la sérosité chancreuse, prélevée au moyen d'une pipette capillaire stérile et transportée dans le même tube après l'avoir scellé à la lampe, à ses deux extrémités, suffisamment loin pour ne pas la dessécher.

Par contre, la méthode de recherche du tréponème par les procédés colorés est à la portée de tout pra-

ticien soucieux de son devoir professionnel. Elle ne demande comme outillage qu'un simple microscope avec objectif à immersion de 1/12.

Parmi les diverses méthodes de préparation et de coloration, nous en retenons trois comme étant d'une bonne pratique courante et donnant des résultats satisfaisants. On pourra d'ailleurs les employer tous les trois comme moyen de vérification ou si l'un d'eux restait négatif. Ce sont : le procédé de *Hecht et Wilenko*, le procédé de *Hollande*, le procédé de *Fontana-Tribondeau*.

Le procédé de *Hecht et Wilenko* consiste à mélanger intimement à une goutte de sérosité, obtenue par scarification, une goutte d'encre de Chine. On fait ensuite un frottis très mince sur lame et on examine à l'immersion, après avoir laissé sécher; la dessication complète exige environ une demi-heure. Le tréponème n'est pas coloré par l'encre de Chine qui réalise un fond noir, seul le microbe est traversé par la lumière et apparait brillant.

Procédé de *Hollande*. Il consiste à mordancer la préparation, puis à la colorer par le nitrate d'argent.

Après avoir étalé la sérosité sur une lame on la sèche rapidement à l'air; puis on l'imbibe d'alcool à 95° et on laisse sécher.

Ensuite imbiber de la solution n° 1 (mordançage). La lame est exposée à la chaleur et on laisse émettre des vapeurs pendant 1 minute.

On jette l'excès de liquide, on la réimbibe une deuxième fois avec la solution n° 1 et on recommence la même opération. On lave à grande eau, puis à l'eau distillée.

Ensuite on imbibe avec la solution n° 2, on chauffe jusqu'à émission de vapeurs que l'on laisse se dégager

durant 1 minute; on jette l'excès de liquide et, comme avec la solution n° 1, on recommence la même opération. Enfin, on lave à l'eau distillée.

Il suffit alors de sécher au buvard puis d'examiner à l'immersion.

Solution n° 1

Tannin à l'éther	5 gr.
Alcool à 95°	50 cent. cubes
Eau distillée	50 cent. cubes
Acide acétique cristallisable.....	5 gr.

Solution n° 2

Nitrate d'argent	2 gr. 50
Eau distillée	50 cent. cubes

Après la dissolution on ajoute :

Pyridine	1 cent. cube

Puis on filtre après avoir laissé reposer 2 heures.

Procédé de Fontana-Tribondeau. — C'est un des meilleurs procédés de coloration rapide et nous le recommandons comme un des plus sûrs. Il est basé sur l'emploi de la solution de nitrate d'argent ammoniacal de Fontana.

On fait un frottis sur une lame avec un peu de la sérosité prélevée soit directement sur la lame soit au moyen d'une pipette capillaire stérile, on laisse sécher et on emploie le procédé de fixation complémentaire qui consiste à verser sur la lame un peu d'alcool méthylique et à enflammer.

Puis on verse sur la lame du liquide de Ruge qui a pour but de dissoudre l'hémoglobine. Il est bon d'en mettre à 3 reprises et de l'y laisser séjourner environ 30 secondes. Il faut ensuite verser sur la préparation de l'alcool à 95° de façon à obtenir un bon lavage, puis on fait couler de l'eau sur la lame.

On imprègne alors de la solution tannique la lame que

l'on porte au-dessus d'une veilleuse jusqu'à obtention de vapeurs, la lame est alors retirée et on laisse agir une minute.

Après lavage à l'eau et à l'alcool à 95° on secoue la préparation et sans sécher on verse sur elle quelques gouttes de la solution de Fontana. On la reporte sur la veilleuse jusqu'à émission de vapeurs et, la lame retirée, on laisse agir 30 secondes.

Il ne reste plus qu'à laver à l'eau distillée, sécher sous papier buvard et examiner à l'immersion.

Un bon frottis doit avoir une coloration mordorée à reflets violacés et métalliques ; quand il est seulement jaune ocre, il faut le soumettre à une seconde imprégnation en réduisant de moitié la durée de chaque temps.

Liquide de Ruge

Formol du commerce à 40 %...	2 cent. cubes
Acide acétique cristallisable....	1 cent. cube
Eau distillée.....	100 cent. cubes

Solution tannique

Acide tannique	5 gr.
Eau distillée	100 cent. cubes

Solution de Fontana

On fait une solution de 1 gr. de nitrate d'argent dans 20 cent. cubes d'eau distillée. On réserve 3 à 4 cent. cubes de la solution ; dans le reste on ajoute goutte à goutte de l'ammoniaque jusqu'à formation puis disparition d'un précipité sépia. Alors on verse la solution réservée jusqu'à formation d'un léger louche persistant. On a ainsi obtenu un réactif qui peut se conserver durant des mois.

Dans ces deux derniers procédés les tréponèmes apparaissent avec une teinte qui varie du noir au violet noir et au brun clair.

Dans toutes les préparations où il est examiné, le *tréponème pâle* se présente sous la forme d'une spirale à tours de spires serrés et assez nombreux (six à douze) surtout dans la partie médiane ; ses extrémités effilées se terminent par un prolongement cilliforme dont la longueur peut atteindre la moitié de celle du corps. Il ne présente jamais de membrane ondulante.

Parmi les microorganismes qui vivent en saprophytes sur les lésions qui peuvent renfermer le tréponème de la syphilis, se trouvent divers spirochètes que l'on peut retrouver dans les préparations et qu'il importe de différencier d'avec lui.

D'abord le *spirochæta refringens* que l'on rencontre en abondance dans le smegma et dans les lésions ulcéreuses de la peau. Il peut être associé au *tréponème de Schaudinn* dans les lésions syphilitiques de la surface cutanée et, bien que siégeant de préférence dans les lésions superficielles et non dans leur profondeur, il se retrouve souvent avec lui sur les frottis. Mais il est beaucoup plus épais et plus long que le *tréponème pâle*, ne présente qu'un petit nombre de spires lâches, aplaties, peu régulières et il est toujours fortement coloré.

Le *spirochæta balanitidis* de la balanite érosive a des caractères de différenciation à peu près semblables à ceux du *spirochæta refringens*.

Le *spirochæta plicatilis* est gros et épais, se colore aisément et, caractère capital de différenciation, possède une membrane ondulante.

Quant au *Spirochæta Vincenti*, il se trouve tou-

jours accompagné du bacille fusiforme et cette association permettrait d'établir une angine de Vincent dont les caractères morphologiques auraient pu faire soupçonner un chancre de l'amygdale.

Le *spirochœta dentium* qui pullule dans les dents cariées est celui qui prête le plus à confusion avec le tréponème pâle, il en diffère en ce qu'il est beaucoup plus court et ses ondulations beaucoup moins amples, de plus, il est beaucoup plus facile à colorer que ce dernier.

Il ne faudrait pas prendre en outre, pour un chancre syphilitique, un cancer ulcéré qui peut renfermer de nombreux spirochètes vivant en saprophytes, mais qui ont pour caractère d'avoir leurs ondulations lâches, aplaties et irrégulières.

Enfin il est une difficulté avec laquelle aurait à compter un praticien sous les climats tropicaux, c'est de reconnaître le *treponema pallidulum*, spécifique du Pian, et très voisin du *treponema pallidum* dont il ne se différencie que par des ondulations peu serrées et irrégulières, par des extrémités souvent entortillées en forme de boucle et qui ne présente que d'une façon inconstante un cil terminal.

Il peut arriver qu'une première recherche ne soit pas couronnée de succès et un examen négatif ne doit pas faire rejeter l'hypothèse de syphilis, il est bon de recommencer en employant un des autres procédés et, souvent au trois ou quatrième examen seulement, on voit apparaître l'agent de la syphilis.

Cette méthode de recherche du tréponème permet de dépister de très nombreux cas de syphilis au dé-

but qui sans elle n'auraient pu être découverts, et partant, d'instituer un traitement précoce. Journellement employée dans le service de M. le professeur Spillmann, elle donne les meilleurs résultats et ne cesse de rendre de grands services à de nombreux malades. Elle est également appliquée au centre de vénéréologie de la 20e région, hôpital complémentaire n° 14 à St-Nicolas (M.-et-M.).

D'après les observations que nous avons pu prendre dans cet hôpital, grâce à l'obligeance de M. le médecin aide-major de 1re classe Staub, nous avons pu constater que 14 malades se sont présentés à cet hôpital dans le courant d'octobre 1919, porteurs de chancres récents. Ils n'avaient aucunes manifestations secondaires et la réaction de Bordet-Wassermann pratiquée chez eux était négative ; sur ces 14 chancres, 8 furent diagnostiqués cliniquement, les 6 autres paraissant douteux furent examinés bactériologiquement et la recherche du tréponème fut positive. Ces malades traités immédiatement par le novarsénobenzol, associé au mercure, ne présentaient, le 20 janvier 1920 aucune manifestation secondaire.

Voici deux exemples dans lesquels le microscope a permis de déceler la syphilis (1).

P. L., soldat de la classe 1918. — Entre au centre de vénéréologie pour balanite, au début d'octobre 1919. Au bout de huit jours on a vu se développer une induration

(1) Les observations présentées au cours de ce travail ne sont qu'un court résumé des cas observés et n'en contiennent que les faits essentiels. Les circonstances ne nous permettant pas d'allonger inutilement l'impression.

chancriforme de caractères mal définis. L'examen bactériologique (procédé de Fontana-Tribondeau) montra la présence de tréponèmes pâles et de bacilles de Ducrey. Traité immédiatement, ne présente le 20 janvier aucune trace de syphilis secondaire et a une séro-réaction négative.

F. L., soldat de la classe 1919. — A eu un rapport sexuel fin septembre 1919, au bout de huit jours a constaté un chancre unique qui quelques jours après était accompagné de plusieurs lésions lui ressemblant. Ayant consulté un major, il lui fut conseillé de la poudre d'iodoforme en application sur ses lésions.

Entre à St-Nicolas fin octobre 1919 ; il avait alors en plus une adénopathie inguinale prononcée. Il fut alors pratiqué chez cet homme un examen bactériologique qui décela le tréponème de Schaudinn. Traité immédiatement, ne présente le 20 janvier 1920 aûcun accident secondaire.

Par contre nous avons pu constater que beaucoup de malades étaient entrés à cet hôpital en pleine période secondaire et leur syphilis n'avait été diagnostiquée qu'à cette période ; le plus souvent, par erreur et faute d'examen bactériologique.

Voici deux autres exemples de ces malades :

E. H., soldat de la classe 1919. — A eu un contact suspect en mars 1919, s'est aperçu 12 jours après qu'il avait une lésion chancriforme sur le prépuce. A vu alors un médecin dit « spécialiste » qui lui conseilla de la pommade au calomel. En juin le chancre avait disparu mais le malade était en pleine éruption de roséole et porteur de nombreuses plaques muqueuses de la bouche.

P. R., 21 ans. — A eu au début de décembre un rapport sexuel, environ dix jours après a constaté la présence d'un chancre balano-préputial qui fut traité par des applications de poudre d'iodoforme et de bleu de méthylène. Au bout de quelques jours de ce traitement, est envoyé à St-Nicolas ; le chancre disparait au bout d'une quinzaine de jours de ce traitement. Mais une prise de sang faite un mois après l'apparition de l'accident primitif décèle une séro-réaction positive.

Nous ne craignons pas d'affirmer que la responsabilité de nombre de syphilis secondaires, qui auraient pu être évitées grâce à un diagnostic précoce, incombe à beaucoup de pharmaciens et de médecins.

En effet, il est des malades qui constatant au niveau de leurs parties génitales une lésion quelconque, « un bouton » disent-ils, vont demander conseil à des pharmaciens. Beaucoup trop d'entre eux, s'inspirant d'un esprit commercial qui les pousse à écouler leurs produits et ne voulant pas admettre une incompétence cependant bien naturelle, rassurent le malade, appellent herpès ou chancre mou, la lésion. De plus, ils se hâtent de prescrire une foule de solutions ou de pommades bien souvent au grand préjudice de leur client.

A ce sujet, nous citerons deux exemples typiques qui nous ont été fournis par M. Watrin, chef de clinique de la Faculté de Nancy et tirés de sa clientèle.

F. L., 25 ans. — A eu au mois de juin 1919 une lésion de la lèvre inférieure pour laquelle il alla consulter un pharmacien de Nancy. Celui-ci déclara que ce n'était rien. Bien plus, soucieux de rassurer pleinement son client et,

sans doute aussi pour ne pas laisser infirmer l'opinion d'un populaire ignorant qui veut que les pharmaciens soient gens extrêmement compétents lorsqu'il s'agit de maladies vénériennes, de boutons ou de toux, il lui affirma « qu'il s'y connaissait et que vingt fois par jour il avait l'occasion de juger un cas semblable ».

En août 1919 le malade se présente à M. Watrin qui constate chez lui une cicatrice de chancre à la lèvre, une éruption roséolique, des plaques muqueuses buccales et anales confluentes, une alopécie prononcée et de la céphalée.

J. M., 30 ans. — A constaté le 3 février 1920 l'apparition d'un chancre nain du prépuce. Estimant qu'un pharmacien est très qualifié pour lui donner conseil il se précipite dans une officine de Nancy. Le pharmacien lui affirma « que ce n'était rien ». Etant revenu le consulter à plusieurs reprises, il entendit chaque fois prononcer la même sentence et il lui fut certifié qu'il ne s'agissait pas de syphilis.

Cependant, le 10 février, ne voyant pas disparaître la lésion assez vite à son gré, et émettant quelques doutes sur la compétence du pharmacien, alla consulter M. Watrin lequel constata une ulcération suspecte du prépuce de toutes petites dimensions. Un examen bactériologique pratiqué immédiatement, suivant la méthode de Fontana-Tribondeau, révéla la présence dans la lésion de tréponèmes pâles en grande quantité.

Il en est de même de beaucoup trop de médecins qui, hésitant devant un diagnostic, préfèrent temporiser plutôt que de faire une recherche au microscope.

Ils appliquent un traitement de fortune durant le temps duquel la maladie se développe tout à son aise et se révèle tout d'un coup par une explosion de phénomènes secondaires souvent graves.

Le résultat de ces hésitations, temporisations et traitements intempestifs est bien fréquemment lamentable et beaucoup de malades doivent une période secondaire à ces façons de procéder. La chose est regrettable non seulement pour le sujet mais encore pour ceux qui l'approchent, car il risque de les contaminer de bien des façons. Mais il peut encore arriver pire ; c'est que les phénomènes érythémateux soient peu marqués et fugaces, les plaques muqueuses rares et discrètes, qu'il n'y ait aucun signe d'alopécie ni de céphalée ; alors la syphilis peut rester parfaitement ignorée et celui qui en est affecté peut en voir les effets sur sa descendance et lui-même arriver à de graves accidents tertiaires ou bien aux terribles manifestations quaternaires, tabès, paralysie générale, sans que jamais il n'ait été rien tenté pour les prévenir. On est cependant en droit d'espérer éviter ces désastres si une thérapeutique judicieuse est instituée dès le début.

Nous nous proposons de citer quelques exemples typiques d'erreurs et de syphilis méconnues. Voici entre autres les cas de deux soldats que nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital complémentaire 43, à Nancy, avec M. Hufschmitt, interne des hôpitaux. Il semble bien que ces deux malades doivent des phénomènes secondaires à une attente trop prolongée.

F. L., 20 ans, 59e R. I., détaché dans un camp de prisonniers à St-Souplet (Marne). — En décembre 1919 a présenté des chancres multiples du prépuce et du fourreau, contractés à St-Hilaire-le-Grand (Marne). Evacué

par un médecin allemand du camp, au début de janvier. A été laissé en observation à l'hôpital mixte de Châlons-sur-Marne jusqu'à la fin de janvier. A ce moment, reçoit 10 injections intra musculaires.

Evacué le 7 février sur le centre de dermatologie à Nancy, pour accidents secondaires. Le 11 février 1920 présente : des cicatrices multiples de chancre, des adénopathies inguinales et cervicales, de la céphalée, des plaques muqueuses buccales et pharyngées.

A. P., 21 ans, 59e R. I. — Mêmes circonstances de temps et de lieu que le précédent, chancres multiples et balanite. Evacué le 7 février 1920 sur le H. C. 43 à Nancy pour accidents secondaires. Le 11 février, on constate chez lui des adénopathies multiples, une angine secondaire, de la céphalée ainsi qu'une alopécie assez accentuée.

Nous allons citer maintenant des observations de malades que nous devons à la bienveillance de M. le professeur Spillmann et tirées de sa pratique.

45 ans. — A eu un petit chancre il y a 30 ans, diagnostiqué chancre mou ; aucun traitement. En juillet 1919 présente des symptômes de tabès avancé avec : abolition des réflexes, signe d'Argyll-Robertson, ataxie locomotrice, douleurs fulgurantes, incontinence d'urine.

Bien que l'on ne puisse incriminer la non recherche du tréponème à une époque où il n'était pas encore découvert, cette observation n'en est pas moins frappante en montrant ce que peut devenir une syphilis non traitée.

Les observations qui suivent montrent ce qui peut advenir d'une lésion examinée à la légère, diagnosquée chancre mou et traitée comme tel.

Capitaine D., 36 ans, marié depuis 12 ans. — Aurait présenté 2 ans avant son mariage deux petites plaies du gland qui ont été considérées par un médecin comme des lésions banales.

Quelques semaines après le mariage, sa femme présente des plaques muqueuses et des syphilides vulvaires. Elle eût 2 grossesses et 5 avortements ; un enfant mort-né ; un enfant hérédo-syphilitique avec déformations osseuses multiples et kératite double, un enfant normal. En juillet 1919, le mari porte des syphilides labiales, buccales et anales; sa femme présente des syphilides pigmentaires circinées de la face.

Lieutenant B., 25 ans. — Examiné le 15 novembre 1919 et présente : une roséole, des syphilides buccales, labiales, la corona Veneris. L'accident primitif remonte à juillet 1919 et a été méconnu. A été examiné à cette époque par un médecin dit « spécialiste » qui, sans examen bactériologique, diagnostique chancre mou et prescrit des attouchements à la teinture d'iode.

A. C., 50 ans. — Il y a 5 ans a eu une lésion génitale diagnostiquée chancre mou par un médecin. Le 13 novembre 1919 présente une lésion ulcéro-gommeuse de l'aile droite du nez. Wassermann positif. Guérison rapide par le traitement arsenical.

B., 32 ans. — Marié depuis 6 ans. En octobre 1919 a eu une petite lésion érosive unique du gland diagnostiquée chancre mou par un médecin. Fin novembre de la même année le malade présente avec une roséole, des lésions papuleuses du front, des plaques muqueuses.

La contamination maritale a pu être évitée grâce à la prudence du malade qui s'était abstenu de tout rapprochement avec sa femme. Le diagnostic eût pu être fait facilement en octobre par l'examen de la femme respon-

sable de la contamination : cette femme se savait syphilitique et portait encore en novembre des lésions génitales de nature syphilitique.

Voici deux exemples qui montrent bien quel peut être le résultat d'une temporisation.

Sous-lieutenant L., 23 ans. — A eu en mai 1918 3 lésions érosives du gland examinées par un médecin dit « spécialiste » qui déclare « qu'il faut attendre avant de se prononcer » et prescrit une application de pommade à l'oxyde de zinc. 7 semaines après le malade est en pleine roséole, présente de l'alopécie, se plaint de céphalée. Wassermann positif.

Lieutenant M., 22 ans. — A eu en juin 1918 un petit chancre du fourreau. Un médecin déclare « que ce n'est rien » et prescrit de la pommade au calomel. Deux mois après le sujet a une roséole confluente, présente des syphilides papuleuses du front et du cuir chevelu, accuse de la céphalée et un état d'asthénie très prononcée.

L'observation qui suit montre une erreur imputable à l'herpès et qu'un examen bactériologique eut pu éviter.

B. 36 ans, marié. — A présenté en juillet 1919 une lésion érosive de la lèvre inférieure diagnostiquée herpès par un médecin. 8 semaines après on constatait chez lui une roséole, des plaques muqueuses et une adénopathie sous-maxillaire.

Enfin le médecin ne doit se laisser arrêter par aucune considération de milieu ni de position sociale.

La syphilis est à l'heure actuelle tellement répandue qu'on la trouve partout ; même là où il semblerait qu'elle ne doive pas exister en tant qu'infection acquise tout au moins. L'obervation que nous rapportons ci-dessous en est une preuve formelle.

F., 25 ans. — Jeune fille de très bonne famille, ayant présenté en janvier 1918 des lésions vulvaires traitées comme herpès par le médecin de la famille. En juillet de la même année cette jeune fille présente des syphilides papulo-squameuses généralisées et une alopécie très accentuée.

Un simple interrogatoire aurait décelé facilement l'origine de la contamination dont s'était rendu responsable un officier de passage. En tout cas un examen bactériologique aurait eu les plus grandes chances d'élucider la question.

Conclusions

De ce que nous avons exposé dans les deux chapitres précédents et des faits que nous avons cités, il ressort que dans l'intérêt du malade, dans celui de sa descendance ainsi qu'au point de vue prophylactique et social, la syphilis doit être traitée dès qu'elle est reconnue. On est également en droit de s'attendre aux meilleurs effets du traitement si l'action thérapeutique s'applique avant sa généralisation, c'est-à-dire tout au début de son évolution.

Il est donc d'un intérêt majeur d'en faire le diagnostic autant que possible à cette période, diagnostic grandement facilité dans nombre de cas par un examen bactériologique.

C'est pourquoi, à notre époque où le microscope peut être d'un grand secours pour le praticien et cela dans certains cas où il n'exige pas une technique compliquée, tels que la recherche de gonocoques dans un pus uréthral ou vaginal, la recherche de bacilles de Koch dans des crachats, l'examen d'un liquide pleural, d'un exsudat d'angine ou d'un culot de centrifugation de liquide céphalo-rachidien, le

médecin doit posséder cet instrument surtout, s'il est éloigné d'un laboratoire.

Aussi s'il se trouve en présence d'un malade porteur d'une lésion d'aspect chancriforme, en dehors des cas où le diagnostic s'impose étant donné la netteté et l'évidence des signes cliniques, il est de son devoir de chercher à élucider la question par tous les moyens et le plus tôt possible. Il devra pratiquer un examen microscopique et rechercher le tréponème par les procédés déjà décrits et cela immédiatement.

S'il se trouve à proximité d'un laboratoire et qu'il puisse faire accepter cette manière d'agir par son client, il pourra effectuer un prélèvement de la sérosité et l'y faire parvenir, ou même y diriger le malade afin que les opérations puissent être faites directement. Le médecin fera bien, en outre, de s'assurer que ce laboratoire lui offre les garanties de bonne foi et de compétence qu'il est en droit d'exiger afin de ne pas être induit en erreur. Il serait regrettable de priver son malade du bénéfice d'un traitement indispensable ; de même qu'il serait pénible de lui imposer une thérapeutique longue et dispendieuse alors qu'elle serait inutile.

En tout cas, il ne devra temporiser en aucune façon, mais au contraire chercher à élucider le problème le plus rapidement possible, en songeant que toute perte de temps, même celle d'une journée, peut avoir de redoutables conséquences individuelles et sociales.

Vu :

Nancy, le 10 février 1920.

Le Président de la thèse

SPILLMANN.

Vu :

Nancy, le 11 février 1920

Le Doyen,

E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 14 février 1920.

Le Recteur de l'Académie,

Ch. ADAM.

Membre de l'Institut.

Bibliographie

P. Spillmann. — A propos de l'excision du chancre syphilitique, *Revue Médicale de l'Est.* 1er janvier 1893, n° 1.

A. Fournier. — *Traitement de la syphilis*, p. 507. Rueff, éditeur.

V. Augagneur et Carle. — *Précis des maladies vénériennes*, Collection Testut, Octave Doin et fils éditeurs, 1913.

Mulleix-Aspegren. — Sur le traitement abortif de la syphilis par le Salvarsan, *Dermatologische Zeitschrift*, 1913.

W. Lier. — Sur le traitement abortif de la syphilis, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 46, p. 2247.

Albert Besson. — Technique microbiologique et sérothérapique, 1914.

G. Milian. — Etat actuel de la question des arsénobenzols, *Paris Médical*, n° 14, 5 avril 1919, p. 261.

M. Pinard. — De la valeur des traitements initiaux de la syphilis, *Presse Médicale*, 8 mai 1919, n° 26, p. 249.

Leredde. — La prophylaxie de la syphilis et les consultations hospitalières, *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 5-6 1919, p. 195.

L. Fournier et L. Guénot. — Abortion de la syphilis par les arsénobenzols employés dès la période d'incubation, *Presse Médicale*, 1919 n° 55.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 5

Chapitre I. — De l'importance du diagnostic précoce de la syphilis 7

Chapitre II. — De l'avantage de l'examen bactériologique 15

Conclusions 34

Bibliographie 37

Amédée Legrand, Editeur, Paris